

## **КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ**

*Эль-Рефай Хусам, Куницкий В.С., Тишутина О.А.  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

На сегодняшний день острые средние отиты (ОСО) у детей составляют не менее 60% всех заболеваний уха [М.Р.Богомильский, 2003]. Социальная значимость этого заболевания обусловлена опасностью развития тяжелых внутричерепных осложнений, а также нарушением слуховой функции, формированием стойкой тугоухости, приводящей к инвалидизации ребенка. Возникновению ОСО способствуют следующие факторы:

- возрастные анатомо-физиологические особенности строения среднего уха у детей (незавершенность пневматизации сосцевидного отростка, наличие остатков эмбриональной миксоидной ткани, короткая широкая слуховая труба, более толстая барабанная перепонка);
- переохлаждение, перегревание, низкая иммунологическая реактивность организма, неполноценное питание;
- детские инфекции;
- аденоиды, аденоидиты, тонзиллиты.

Целью нашей работы явилось изучение клинические особенностей течения острого отита у детей. Изучено 150 больных ОСО, проходивших обследование и лечение в детском оториноларингологическом отделении ВОКБ. Из них 91 мальчик и 59 девочек. Дети в возрасте от двух месяцев до года - 12 человек (8%), от года до 3-х - 41 (27,3%), от 4-х до 6-ти лет - 34 (22,7%), от 7-и до 10-ти лет - 35 (23,3%), от 11-ти до 14-ти лет - 25 (18,7%). Диагностика заболевания основывалась на жалобах, данных анамнеза и исследовании ЛОР - органов. Не имея специфического возбудителя, по данным С.Я. Косякова и А.С. Лопатина (2002) в 80% случаев вызывается *H. Influenzae* и *S. Pneumoniae*, реже - *M. Catarrhalis*,  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы A (*Streptococcus pyogenes*), золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*). Возможно выделение смешанных культур, чаще встречается ассоциация *S. pneumoniae* и *H. influenzae*. Из экссудата среднего уха выделяют *Chlamydia trachomatis*. На долю вирусов приходится 10%.

Бактериологическое исследование наших больных выявило, что в 107 случаях (71,3%) роста микроорганизмов не получено. Бактериальная флора выявлена в 43 случаях (28,7%), при этом чаще высева-

лись стафилококки: *St. epidermidis* - 16 пациентов (37,3%), *St. aureus*- 9 (20,9%), *Ps. aeruginosa*- 4 (9,5%), *St. saprophyticus*- 3 (6,8%), род *Enterococcus*- 3 (6,8%), споровидные колонии рода *Bacillus*- 2 (4,7%), *S.B. haemolitica*- 2 (4,7%). Грибы рода *Candida* обнаружены в 4 (9,5%) случаях. Превалирующим механизмом проникновения инфекции в полость среднего уха является тубогенный. Среди других путей проникновения инфекции в барабанную полость выделяют гематогенно-лимфогенный, травматический и менингогенный [Pukander I., 1998].

Различают следующие формы воспаления среднего уха: явный острый средний отит и латентный средний отит, В нашем исследовании таких больных было 118 и 32 соответственно 78,6 и 21,4 %)). В течении острого отита выделяют стадии: неперфоративная; перфоративная; стадия репарации.

Для неперфоративной стадии ОСО характерна боль в ухе, высокая температура тела, симптомы интоксикации; при отоскопии барабанная перепонка гиперемирована, возможна реакция со стороны периста сосцевидного отростка, отмечается снижение слуха. При перфоративной стадии боль спонтанно уменьшается, нормализуется температура тела, уменьшается выраженность симптомов интоксикации, появляется гноетечение из уха; при отоскопии определяется перфорация барабанной перепонки, но слух остается сниженным.

В репаративную стадию все симптомы регрессируют, происходит постепенное восстановление слуха. Из 118 наблюдаемых нами больных, неперфоративная стадия зарегистрирована у 84 чел. (71,1%), перфоративная стадия у 34 чел. (28,9%). При стертой клинической картине ОСО у ребенка неспецифические общие симптомы заболевания с признаками токсикоза и интоксикации преобладают над местными проявлениями. Отсутствие местных признаков воспаления среднего уха или их незначительная выраженность (6 больных - 18,7%) представляют для оториноларинголога большие трудности в диагностике заболевания, особенно у детей раннего возраста.

Рентгенологическое исследование височной кости производилось всем больным в типичных проекциях по Шюллеру и Майеру. Воздухоносная система сосцевидного отростка у детей чаще плохо развита, характерным симптомом ОСО является завуалированность клеток. Затемнение клеточной структуры сосцевидного отростка обнаружено у 47 больных (31,3%), разрушение межклеточных перегородок и образование полостей - признак латентного мастоидита - у 19 детей (12,6%). Аудиологическое исследование имеет особое значение. Тугоухость при ОСО, как правило, носит кондуктивный характер (в

нашем исследовании 132 случая - 88%). Однако в ряде случаев она может быть смещенной (18 больных - 12%).

Лечение, которое проводилось больным:

- активные препараты местного действия (ушные капли) – «оти-пакс», «диоксидин», «софрадекс» и др.;
- анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (ацетилсалициловая кислота, парацетамол, трамадол, кетопрофен и др.);
- антигистаминные препараты;
- сухое тепло, компрессы на ухо;
- туалет и анемизация слизистой оболочки полости носа и катетеризация слуховой трубы;
- антибактериальная терапия, ведущим препаратом для терапии ОСО рекомендуемым в настоящее время, является амоксициллин, амоксициллин/клавулат (аугментин, амоксиклав), а также цефтриаксон, цефураксим и последние генерации фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин);
- миригнотомия и шунтирование барабанной полости;
- физиотерапия (облучение инфракрасными лучами, УВЧ-поле, УФО слухового прохода, магнито-инфракрасная лазерная терапия);
- пневмомассаж барабанной перепонки.

Консервативное лечение проведено у 61,8 %, тимпанотомия барабанной перепонки 30,6%, антроадитотомия 7,6 %. Эффективность лечения: у 73,4 % выздоровление, у 15,3% - улучшение, у 11,3% - отсутствие эффекта и переход в хроническую форму отита.

#### **Выводы:**

1. Ребенок с затянувшимся, необычно протекающим, трудно поддающимся лечению острым средним отитом должен обязательно проконсультирован оториноларингологом;
2. Назначаемое лечение должно быть комплексным, а антибиотики, по возможности, должны подбираться с учетом чувствительности микрофлоры;
3. При наблюдении ребенка должна быть настороженность в плане развития мастоидита, а также отогенных внутричерепных осложнений.

#### **Литература:**

1. Богомольский М.Р. Острые средние отиты у детей раннего возраста и их местная терапия. – М., издательство Российский Государственный медицинский университет. 2003.
2. Косяков С.Я., Лопатин А.С. Современные принципы лечения острых, затянувшихся и рецидивирующих средних отитов. // РМЖ, 2002. - №20.
3. Pukander I. Clinical features of acute otitis among children. // Acta Otolaryngol. – 1998. - V.95. - №2. - P.117-1